

SENADO

SECRETARIA

DIRECCION GENERAL DE COMISIONES

XLIVa. LEGISLATURA
PRIMER PERIODO

COMISION DE SALUD PUBLICA

DISTRIBUIDO Nº 390 DE 1995

SETIEMBRE DE 1995

SIN CORREGIR POR LOS ORADORES

FEDERACION MEDICA DEL INTERIOR

- F E M I -

Descentralización de la Administración de los Servicios de la Salud
- ASSE -

Versión taquigráfica de la sesión de la Comisión del día 6 de setiembre de 1995

A S I S T E N C I A

Preside : Senador Alberto Cid

Miembros : Senadores José Andújar, Hugo Fernández Faingold, Manuel Laguarda y Nicolás Storace

Asisten : Miembros de la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes, Representantes Nacionales Javier García Duchini, Presidente, Gustavo Amen, José Bayardi, Luis Batlle Bertolini, Ruben Ferreira Chaves y Luis Gallo

Invitados especiales : Integrantes de una delegación de la Federación Médica del Interior (FEMI): doctores Sergio E. Hourcade, Presidente, Edgardo Mier y Alvaro Eguren

Secretaria : María Esther Furest

Ayudante : Fabio Rodríguez

Colaborador : Félix González

---

ar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 15 y 5 minutos)

Damos la bienvenida al señor Presidente y al señor Secretario de la Federación Médica del Interior, quienes desean hacer un planteamiento sobre la descentralización proyectada en los servicios asistenciales del Ministerio de Salud Pública. Como es de público conocimiento, hace unos días se llevó a cabo una conferencia de prensa que fue convocada por el Sindicato Médico del Uruguay, la Federación Médica del Interior y organizaciones gremiales vinculadas con funcionarios pertenecientes a las distintas áreas involucradas en este proyecto de descentralización.

La Federación Médica del Interior tomó, entonces, la iniciativa de solicitar ser recibida por la Comisión de Salud Pública del Senado y su similar de la Cámara de Representantes, con el fin de exponer su opinión sobre esta norma.

SEÑOR HOURCADE.- Quisiera agradecer a los integrantes de esta Comisión por habernos recibido, así como también la buena voluntad de los señores Representantes, quienes aceptaron concurrir en el día de hoy para escuchar nuestro punto de vista sobre el proyecto de ley de descentralización que se encuentra incluido en el Proyecto

Antes que nada, deseo hacer dos puntualizaciones conceptuales y generales sobre aquellos elementos que consideramos importantes.

La primera de ellas es con respecto a la inversión en salud en nuestro país y de qué manera se encuentra representada en el Uruguay. En cifras muy esquemáticas, el país destina el 8.5 % del Producto Bruto Interno al sector de la salud, del que solamente la tercera parte está dirigida al interior.

Estamos hablando de U$S 1.300:000.000, cantidad que se desglosa en asistencia médica del interior, distintas unidades ejecutoras del Ministerio de Salud Pública y, eventualmente, lo que demandaría la atención de pacientes del interior en hospitales de Montevideo. El interior de la República presenta cifras, desde el punto de vista sanitario, que no son tan diferentes a las de la capital.

lt.

Por lo tanto, como primera aproximación al tema, daría la impresión que en cuanto a la eficiencia de los recursos utilizados en el interior, es posible que podamos inferir eventualmente un mejor aprovechamiento.

En segundo lugar, quisiera destacar brevemente un aspecto que seguramente la mayoría de los señores Legislades presentes conocen. Me estoy refiriendo al desarrollo de la Federación Médica en el interior y las consecuencias que ésta tiene con respecto a la asistencia médica del total de la población.

Se trata de una Federación Médica que ha apostado a una descentralización técnica, radicando los recursos humanos en el interior, que no sólo han servido a los 500.000 afiliados a ella, sino que ha sido útil al resto de la comunidad del interior. Por otra parte, observamos la descentralización económica en cuanto a que en cada una de las unidades ejecutoras de estas instituciones de asistencia médica colectiva en el interior, los reçursos que se generan quedan en el departamento.

Frente a este panorama general integrado por el desarrollo de un sistema asistencial en el interior, que ha servido al resto de la comunidad —digo esto porque no ha quedado enquistado en el servicio de los 500.000 afiliados— y el hecho de cómo el país determina los recursos que van a todo el interior, surge el proyecto de descentralización de ASSE con este telón de fondo que queremos analizar.

Este proyecto de descentralización se origina a partir de dos supuestos, que compartimos. Por un lado, deseamos que el Ministerio de Salud Pública cuente con funciones normativas de planificación en salud, de control en cuanto a la calidad de asistencia. En ese sentidò, no creo que exista una organización, ya sea política, asistencial o gremial que esté en desacuerdo con este planteo.

Por otra parte, nuestra intención es tratar de lograr que ese Ministerio de Salud Pública, que hasta el momento presentaba una pesada carga de administración en una serie de establecimientos asistenciales, pudiera funcionar, desde un punto de vista administrativo, en una forma más eficiente y eficaz, procurándose entonces la descentralización para lograr ese objetivo. Claramente, queremos decir que la Federación Médica del Interior

lt.

comparte la visión de ese Ministerio normativo, controlador, que genera las políticas, así como la de una administración de los seguros de salud del Estado descentralizada, a fin de mejorar la gestión. Asimismo, también queremos establecer algunos reparos frente a consideraciones que ha hecho el señor Ministro de Salud Pública para sustentar esta descentralización. A nuestro juicio, debería mejorarse el articulado que está en la base de esta propuesta, en la Ley de Presupuesto.

Tal como está enviado este proyecto de ley, se crearía un nuevo ente comercial del Estado, es decir una gran empresa pública de venta de servicios de salud. Esto lo podemos afirmar, porque se está transformando una entidad estatal de servicio social en una empresa pública que va a destinar la asistencia no sólo a los beneficiarios del servicio social de ASSE —es decir, los indigentes y carentes de recursos— sino a toda la población. O sea que se está procurando transformar a ASSE en una empresa comercial.

Por un lado decimos esto, porque el articulado propuesto establece que el nuevo Servicio Descentralizado va a fijar su presupuesto en base al artículo 221 de la Constitución, que es el que se refiere a los Entes comerciales del Estado. Por otro lado, no queda claramente establecido en sus fines y cometidos cuál es el núcleo de población que va a abarcar. Es posible inferir, entonces, que esta empresa de servicios estatales va a dirigirse a toda la población.

El propio señor Ministro de Salud Pública dijo en esta Comisión que podían existir dos criterios al respecto. Uno de ellos era el de crear un Servicio Descentralizado destinado a la cobertura de los indigentes y carentes de recursos suficientes, tal cual lo establece la Constitución. El otro era el de crear un Ente estatal destinado a brindar asistencia a toda la población. En ese momento expresaba que si bien no estaba definido el punto, él se inclinaba por esta segunda posibilidad. Creemos que en oportunidad del envío del Proyecto de Ley de Presupuesto se estableció una definición en el sentido de que esa empresa asista, o pueda hacerlo, al total de la población.

Ante esto, nos preguntamos qué es lo que apuntala esta propuesta. En la exposición que en esta Comisión realizó el señor Ministro de Salud Pública, el elemento

fundamental era el tema de la competencia, es decir, la posibilidad de que los sectores público y privado pudieran competir.

Existe un primer elemento conceptual que queremos dejar claramente establecido, pues no creemos que la competencia sea la base de la excelencia en la salud. Por el contrario, pensamos que la experiencia que ha vivido el país en lo que respecta a sistemas profundamente competitivos, ha puesto de manifiesto situaciones de debilitamiento en las instituciones y de dificultad en el establecimiento de elementos de crecimiento en dichos sistemas. El medio capitalino es un buen ejemplo de la competencia entre distintas instituciones, y en él vemos mutualistas intervenidas, otras que cierran y dificultades en la asistencia médica colectiva, que son muy importantes. Consideramos que este elemento está demostrando que ese sistema no es el más fuerte.

Sin embargo, queremos dejar claramente establecido que no estamos rechazando la idea de la competencia, ni de un monopolio en el interior, como tantas veces se le ha endilgado a FEMI. En el interior existe la competencia entre las distintas instituciones de asistencia médica colectiva, algunas de las cuales son autóctonas de los departamentos, otras sedes secundarias de mutualistas capitalinas y, en la mayoría de los lugares, servicios parciales que brindan asistencia. O sea que en el interior la competencia está instalada y no la rechazamos, pues pensamos que es buena. Sin embargo, creemos que la competencia con una base estatal no sería buena para el conjunto del sistema, y vamos a tratar de demostrarlo.

Si en el interior existen instituciones con un número importante de afiliados que han logrado progresar, es porque el propio Ministerio de Salud Pública, a lo largo del tiempo, las impulsó para que hicieran los cambios y uniones necesarios por los cuales pequeñas mutualistas se unían para ser más fuertes. Esto fue así, porque la competencia no era la base de la excelencia y sí lo era crecer en el número de afiliados, pues con ello se podía brindar un mejor servicio. Ese camino que transitamos impulsados por el Ministerio de Salud Pública —en esos momentos, el actual Ministro, el doctor Solari, era miembro del "staff" de esa Secretaría de Estado— al parecer hoy se quiere retrasar, diciendo que la competencia es la base del crecimiento y de la excelencia en el interior. Sin embargo, estimamos que de existir la

It./

competencia, ésta retrasaría la aparición de la coordinación y de la complementación, elementos que han sido fundamentales en el crecimiento de la asistencia médica en el interior, tal cual lo vamos a demostrar.

Además, una competencia con una base estatal, como se quiere proponer en esta empresa, va a ser desleal y no hay manera --en nuestro humilde entender-- de buscar las fórmulas que permitan que no sea así.

No vemos cómo se va a poder competir lealmente si la empresa recibirá de parte del Estado aquellos fondos presupuestales que, de alguna manera, van a pertenecer al subsidio por el que se va a dar asistencia a los indigentes y carentes de recursos. No vemos cómo se podrá tener en un hospital del interior del país una guardia completa con médicos, personal de enfermería y paratécnicos, que asista a indigentes y tampoco vemos cómo, para no dejar de atender a otros sectores de la población, se creará una guardia paralela. No sabemos cómo podrá establecerse lealmente esa competencia si el propio Ministerio, en el proyecto de ley de Presupuesto, destinará alrededor de U$S 35:000.000 para inversiones en este año, tendientes a mejorar la infraestructura física y tecnológica de la Cartera, para luego competir con la asistencia médica privada colectiva del interior.

¿Cómo podemos separar las inversiones, los recursos humanos que están financiados por el Estado por medio de sus elementos presupuestales, de aquéllos destinados a las prestaciones de asistencia a otros sectores de la población que no sean los indigentes y carentes de los recursos necesarios? ¿Cómo podrá competir la asistencia médica colectiva del interior cuando es el propio Estado el que, por medio de sus Ministerios, fija administrativamente la cuota de las instituciones de asistencia médica colectiva, cuáles son los niveles que deben dar y cuáles son las responsabilidades? ¿Cómo, frente a una eventual competencia en una licitación, el propio Estado será el que determine la calidad de los servicios asistenciales, atribuyendo determinado "ranking" a la prestación pública y a la privada siendo que Estado mismo es el que va a ser arte y parte?

Creemos que, francamente, de ninguna manera puede existir en este campo una competencia leal. Además, pensamos que no es necesaria la competencia estatal para lograr una mejora en los elementos asistenciales en todo

lt.

el país.

Queremos señalar que en conversaciones que hemos mantenido con técnicos israelíes que nos visitan, ellos manifestaban que a lo largo y ancho de todo el mundo el Estado se desprende de las estructuras asistenciales, mantiene su prerrogativa de dictar las normas y las políticas, y busca la equidad en los servicios de salud y la forma de financiarlos para los sectores desprotegidos. En todo el mundo el Estado trata de no dar la prestación de la asistencia médica directamente.

En este tema de la competencia, existen otros elementos que también la muestran como desleal. Si leemos detenidamente el proyecto de ley, vemos que la administración de los servicios de salud del Estado se financiará por medio de recursos presupuestales y extrapresupuestales. Estos últimos surgirán de los beneficios que se obtengan por la prestación de los servicios. Quiere decir que este nuevo ente comercial va a vender sus servicios, pero obviamente tendrá que hacerlo no sólo como dice el propio articulado --que establece que no pueden venderse a menos del costo--, sino a mucho más del costo. Con el lucro que obtenga de esa venta generará los recursos extrapresupuestales que concurren para dar la financiación de su presupuesto. Es más; el proyecto de ley establece que los recursos que se obtengan por medio de esta venta de servicios van a concurrir para mejorar dichos servicios y generarán fondos de reserva que sirvan, en los momentos en que exista déficit, para cubrirlo. Si los fondos de reserva no llegaran a constituirse, ¿cómo se cubre el déficit? Si dichos fondos de reserva, en el volumen que tienen, son superados por el déficit, ¿quién se hace cargo del mismo? Obviamente, lo hará el Estado y este es otro elemento que marca una deslealtad en esta competencia.

Enfáticamente queremos decir que no nos oponemos a la competencia, pero creemos que si tiene una base estatal como se está planteando a través de la creación de esta empresa, realmente sería algo desleal.

La competencia lleva a la negación de la complementación y la coordinación. Ese ha sido un elemento fundamental en el interior, que ha crecido por medio de dichos factores. FEMI y el Ministerio siempre han tratado de tener la mejor buena voluntad, de mantener un entendimiento y mutuamente --quiero recalcar esto-- se han

servido de los sistemas, uno del otro. De alguna manera, el Ministerio de Salud Pública ha usado los recursos humanos que la Federación Médica instaló en el interior. Asimismo, en muchas oportunidades nuestras instituciones han utilizado, por medio de convenios, las instalaciones y equipamientos que proveía el propio Ministerio de Salud Pública. La complementación y la coordinación, reitero, han sido elementos fundamentales en este crecimiento.

Si avizoramos un sistema de competencia, ¿cómo es posible establecerlo en un interior que creció gracias a la coordinación y a la complementación? La única forma es la duplicación de los servicios, la no utilización correcta de los recursos y la creación de infraestructuras en uno y otro lado para tratar, a través de esa competencia, de captar un mercado que permita que ambos sistemas subsistan.

Estos temas no sólo han inquietado a la Federación Médica. Hemos conversado con dirigentes de la Federación de Cooperativas Médicas del Interior --FECOMI--, que está integrada por cooperativas que nuclean a unos 22.000 afiliados, y ellos también están profundamente preocupados, por cuanto los convenios colectivos serían elementos terriblemente dañinos si se tomaran bajo la prestación estatal a través de ASSE.

¿Qué sería de la asistencia médica del interior si DISSE, DAFA, Sanidad Policial o UTE pasaran a ser prestados a través de la administración de los servicios de salud del Estado? La respuesta es muy clara: se generaría un "crack" en la asistencia médica del interior con todas sus consecuencias, habría una desocupación muy importante, tanto a nivel médico como no médico. Además, la caída de los niveles asistenciales va a afectar no sólo a la Federación sino también a la población beneficiaria del Ministerio de Salud Pública. Estos elementos, seguramente, aparejarían una dificultad muy grande para el interior.

¿Por qué se va a modificar una asistencia médica colectiva que hoy, con sus grises, con lados oscuros y aspectos positivos, está brindando cierto nivel de asistencia en el interior? ¿Qué significa esta hipótesis de trabajo? ¿Creemos que el Estado va a cambiar tan radicalmente su forma de gestión como para pensar que si cae la asistencia médica colectiva, la que brinde el Estado a través de ASSE pueda suplir esta caída? En este

sentido, tenemos aprensiones y realmente vemos con preocupación que se generen cambios.

El seguir apostando al desarrollo pleno de la asistencia médica en el interior es apostar a todo el interior. Una atención médica decorosa, correcta y que satisfaga al usuario también posibilita la radicación de capitales, de empresas y de fábricas en el interior.

La Federación Médica del Interior está buscando fórmulas para mejorar la atención que brinda a los usuarios y para tales efectos está colaborando un grupo de técnicos israelíes. Deseamos avanzar en procedimientos que permitan la coordinación y la complementación del subsistema de la asistencia médica colectiva con el subsistema privado. A nuestro juicio, este es el único camino por el que, de alguna manera, puede coordinarse este grado de asistencia, a los efectos de seguir logrando los niveles de excelencia que existen en el país.

En definitiva, queremos resumir nuestra posición en torno a esta propuesta de descentralización de ASSE. Reiteramos que no nos oponemos a la idea de un Ministerio normativo, que establece las políticas y que controla la calidad de la asistencia. Señalamos que estamos de acuerdo con que ASSE se descentralice para brindar una mejor asistencia a la población de la que tradicionalmente ha sido beneficiaria: los indigentes y quienes carecen de recursos suficientes. Sin embargo, no pensamos que la competencia entre el sector privado y el estatal sea realmente el "desiderátum", primeramente porque creemos haber demostrado que esa competencia no trae efectivamente la mejora en la salud y, además, porque —como ya lo hemos dicho— sería profundamente desleal.

En nuestra opinión, aquí está en juego la salud del interior del país. En tal sentido, entendemos que si no se establecen las puntualizaciones adecuadas puede llegar a peligrar la asistencia médica en todo el territorio nacional. Por tal motivo, queremos dejar establecido lo siguiente. Por un lado, vamos a tratar de defender ahincadamente, con todo nuestro esfuerzo, la asistencia médica en el Uruguay. Por otro, colaboraremos con el Ministerio de Salud Pública y con ASSE a fin de brindar la mejor asistencia posible a los indigentes y a quienes carecen de recursos, es decir, a la población que tradicionalmente ha sido beneficiaria de la Cartera mencionada.

lt.

Por estas razones, abogamos para que esta Comisión y la de Presupuesto integrada con Hacienda, cuando traten este tema, puedan tener en cuenta estas apreciaciones, a los efectos de buscar las mejores fórmulas que ayuden a generar la descentralización de ASSE —lo cual irá en beneficio de los sectores beneficiarios de dicha institución— y para poder preservar la situación de la asistencia médica colectiva en todo el país. Ello posibilitará que se continúe trabajando en el desarrollo de esta área en el Uruguay.

Esa sería, en resumen, nuestra postura general con respecto al proyecto de ley de descentralización de ASSE.

SEÑOR PRESIDENTE.- El señor Senador Fernández Faingold, en razón de tener compromisos ineludibles con la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda, ha solicitado hacer uso de la palabra de inmediato.

SEÑOR FERNANDEZ FAINGOLD.- Antes que nada quiero excusarme por tener que retirarme a las 16 horas, ya que además de sesionar la Comisión de Presupuesto integrada con Hacienda para tratar el proyecto de ley de Rendición de Cuentas, hay una convocatoria breve del Senado para dar entrada a la iniciativa del Poder Ejecutivo relacionada con el artículo 2º de ese mismo proyecto de ley de Rendición de Cuentas. Por estos motivos, deseo formular de inmediato la consulta y luego retirarme.

Por otro lado, quiero decir que me da mucho gusto escuchar en la tarde de hoy que la FEMI comparte el criterio que plantea el Ministerio de Salud Pública en cuanto al fortalecimiento de las funciones normativas y de contralor que lo transforman en el Ente rector de un sector o sistema. Dicho de otra forma, éste se ve fortalecido en tal carácter, puesto que el mismo ya ha sido establecido y conferido por ley.

Por otra parte, me resulta muy grato que nuestros visitantes vean con buenos ojos el hecho de que se opere el segundo paso de la reforma iniciada a mediados de la década de 1980 —creo que fue en 1987— en lo que tiene que ver con la consolidación de la descentralización de ASSE.

Hace algunos días leí unas declaraciones del señor Ministro de Salud Pública en el sentido de dejar en claro

lt.

que no es pretensión de la Cartera enviar este articulado en el proyecto de ley de Presupuesto, estableciendo una mecánica de competencia con FEMI en la órbita de lo que podríamos llamar una misma "clientela" potencial. Sí hizo un razonamiento que tal vez puede no estar afinado en cuanto a que en la población que no accede a las modalidades de prepago existentes actualmente, ya sea porque no desarrolla actividades cubiertas por DISSE o porque no puede abonar la cuota, los sectores no son del todo homogéneos. Allí se encuentra un segmento que es claramente indigente tomando en cuenta la línea de pobreza, ya que no percibe un ingreso suficiente para satisfacer los requerimientos de una determinada canasta; este segmento caería dentro de lo que es la definición del año 1934 sobre indigencia. Al mismo tiempo, existe un segundo segmento subdividido de personas que, estando por encima de la línea de pobreza y fuera de la definición de indigencia del año 1934, no tienen recursos suficientes para financiar la cuota en una institución de prepago.

Quizás el señor Ministro no haya sido muy feliz en la primera, en la segunda e incluso en la tercera redacción al hacer sus planteamientos. Nosotros entendimos que se trataba de imaginar que a esta segunda franja o segmento —que a su vez está compuesto por gradientes diversos de ingresos— se le puede ofrecer un conjunto homogéneo de servicios que incluya elementos de prevención, continuidad en la atención, así como el mantenimiento de historias clínicas, etcétera, por parte de una ASSE descentralizada. De esta forma, la misma, además, estaría adoptando la modalidad de prepago para aranceles que en lugar de cubrir actos médicos en la organización institucional, serían sustituidos por un prepago dirigido a coparticipar del financiamiento global de la prestación de los servicios, no con ánimo de lucro sino con el fin de asegurar un estándar de calidad adecuado.

Pido disculpas por la extensa introducción que he hecho para formular la siguiente pregunta básica. ¿Cuál es la posición de FEMI en cuanto a la adopción de la modalidad de prepago en relación con este segundo segmento que, a su vez, admite una serie de gradientes y que, probablemente, tendría como traducción cuotas diferenciales en una modalidad de prepago para un paquete de servicios básicos que no necesariamente es idéntico ni competitivo con la oferta de las instituciones afiliadas a FEMI? Por otro lado, debo decir que tampoco alcanzo a advertir —formulo la pregunta porque, honestamente, no

lt.

entendí el razonamiento— cómo esto puede implicar que se sustituye la necesaria e imprescindible coordinación, integración, etcétera, por una competencia que —podríamos decir— "esconde la leche".

En resumen, estas son las dos interrogantes que deseaba formular que me parece apuntan al corazón del asunto. Decimos esto porque cuando el señor Ministro señala públicamente que a su juicio no existe una competencia por públicos o segmentos iguales, entendemos que lo hace en este razonamiento. Entonces, si este no es el pensamiento de FEMI, quisiéramos saber en qué se diferencia con el del titular de la Cartera, pero acotado a esos dos temas. Empezando por el final, desearíamos que se nos explicara por qué esto significa eliminar la tradicional cooperación, integración y coordinación y, por otro lado, por qué FEMI piensa que la introducción de la modalidad de prepago —si ésta es su idea— representa para ese segmento un aumento de la competencia global que podría afectar el equilibrio completo, cuando se trate de sectores que no pueden acceder al pago de la respectiva cuota.

SEÑOR HOURCADE.- En lo que tiene que ver con la competencia, quisiera señalar que tal vez no esté claramente definido el tema en el proyecto de ley como en los elementos que el propio Ministro ha mencionado —inclusive en esta misma Comisión— los cuales sustentan ideológicamente esta iniciativa de descentralización del Estado. Ese punto, tal como está establecido, nos genera algunas aprensiones y ciertas dificultades que queremos plantear francamente, a efectos de establecer en el articulado —si es posible— un elemento que ponga a buen recaudo la asistencia de los sectores de población que tradicionalmente han estado en manos del Ministerio de Salud Pública y, también, la de aquellos grupos que se han atendido a través de los servicios de asistencia médica colectiva. De esta manera, se zanjaría este elemento, más allá de lo que ha expresado el señor Ministro.

SEÑOR FERNANDEZ FAINGOLD.- A efectos de esclarecer un poco más este tema, quisiera agregar algunos elementos.

Estaríamos hablando, en definitiva, de sectores que hoy, potencialmente, tienen acceso a seguros parciales.

El señor Ministro brindó dos explicaciones paralelas. Por un lado, señaló que no se está hablando de toda la

lt.

población, sino de un grupo, digamos, que no sólo está integrado por los indigentes ya que la experiencia muestra que hay gente que accede a Salud Pública que no es estrictamente indigente y que, incluso, está dispuesta a pagar aranceles cuando ellos son exigidos. Otras veces, si puede evitar pagarlos, lo hace; de todos modos, en principio, estaría en condiciones de abonarlo. A ese segmento de la población es al que nos referimos.

En lo personal, interpreto lo que el señor Ministro ha leído, no en el sentido, digamos, de una competencia de toda la línea de productos y de ofertas, sino como el surgimiento de una oferta de servicios que, en definitiva, tienda a sincerar ese segundo segmento que podría estar pagando o no, para que decida si adquiere un seguro parcial de los que hoy en día se ofrecen, o si prefiere utilizar servicios de ASSE, pudiendo acceder a ellos en la modalidad de pre-pago. Creo que este es el sentido de la expresión "competencia" utilizada por el señor Ministro en sus exposiciones paralelas. Entonces, si en este ámbito no existe una distancia insalvable, creo que estamos más cerca de entendernos las tres partes.

SEÑOR HOURCADE.- De acuerdo con la interpretación que realiza el señor Senador, pienso que no existen distancias importantes en torno a este asunto.

Creemos que no hay ningún inconveniente, en cuanto a que el Ministerio de Salud Pública establezca algunas fórmulas que mejoren la forma de asistencia a esa población que tradicionalmente se ha atendido por ese medio, por medio de los carnés arancelados --dado que la fórmula del cobro por la prestación de asistencia no es positiva, como podría serlo la del pre-pago--, en la medida en que se siga asistiendo a la misma población que venía atendiéndose.

Por otro lado, a nuestro modo de ver, el señor Ministro estableció en forma muy clara la posibilidad de la competencia en todo el marco. Inclusive, en algún momento habló de la posibilidad de que el Ministerio de Salud Pública o ASSE pudieran competir para tomar beneficiarios de DISSE. Aquí sería bueno establecer un punto de referencia para los señores Legisladores.

La estructura de ingreso de la asistencia médica colectiva del interior, depende en gran medida del Estado, puesto que el 75% de los ingresos proviene de él. Si de

lt.

alguna manera el Estado, a través de la competencia y los convenios colectivos, comienza a competir con el sistema, obviamente éste caerá. De allí surge la aprensión de los dirigentes de nuestras instituciones. Si, por otro lado, el Ministerio de Salud Pública se propone descentralizar ASSE para hacer más eficiente y eficaz la asistencia de los segmentos de la población que tradicionalmente asistíamos nosotros, no nos opondremos a ello, sino que, además, colaboraremos con el Ministerio, tal como lo hemos hecho anteriormente. Lo que sí queremos es que se establezca claramente en el proyecto de ley que estos sectores que, tradicionalmente, han sido "clientes" de la asistencia médica colectiva, puedan seguir atendiéndose en el interior a través de este sistema.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Presidencia recuerda que faltan diez minutos para que comience la sesión del Senado, por lo cual, los señores Legisladores deberían tratar de formular preguntas concretas a efectos de que todos puedan participar.

SEÑOR GARCIA.- En principio, debo decir que hubo un cambio trascendental el momento en que se solicitó la autorización de esta reunión. Hace siete u ocho días, la convocatoria de esta reunión tenía como base la discusión sobre un proyecto de ley que no es el que hoy está a nuestra consideración.

Circulaba por las gremiales médicas, tanto de Montevideo como del interior, así como también en los círculos gremiales de funcionarios, un proyecto o anteproyecto que el Ministerio de Salud Pública enviaría a consideración de la Cámara de Representantes, vía Presupuesto.

Reiteramos que no se trata del mismo proyecto que hoy tenemos a consideración. Me animaría a decir que es sustancialmente diferente, no sólo en los aspectos vinculados con normativas de estricto tenor administrativo, sino también en lo que hace a las consideraciones que podrían ajustarse más a las críticas o sugerencias realizadas por la Federación Médica del Interior.

En este sentido, existe una gran diferencia en lo que establecen los artículos de una y otra iniciativa. Esto es algo así como el "telón de fondo" de la situación, tal como lo señaló en su momento el señor Presidente.

lt.

Por otro lado, refiriéndome al proyecto que vamos a considerar, debo decir que no noto en el articulado y tampoco percibo en la operativa, fenómenos de competencia que hagan inviable la existencia de un sistema de salud descentralizado del Estado —ASSE— y la de instituciones de asistencia médica colectiva.

Confieso que he hecho una primera lectura del proyecto. De acuerdo con él y con la cultura de nuestra sociedad, no se observa que pueda existir una corrida de beneficiarios del sistema privado hacia el público.

Este es el temor que existe por parte de las autoridades de FEMI; sin embargo, eso no nos preocupa porque no es parte de la cultura uruguaya. Decimos esto porque existe cierta sensación de que el sistema privado brinda mayor seguridad, comodidad y que ofrece una atención más global de la persona enferma.

Esto ha sido así hasta el día de hoy y estimo que no cambiará debido a la posibilidad de acceder a servicios públicos que puedan costar lo mismo o tal vez un poco menos, que el sistema mutual. Sinceramente, no imagino a centenares de miles de beneficiarios del sistema privado pasando al público.

Por lo menos, esto no surge de una primera lectura del proyecto. Sí podrían existir elementos que complicaran la relación. Entonces, cabe preguntarse si existirá coordinación. Por mi parte, no veo motivos para que ella no exista.

La misma integración de los planteles técnicos en el interior del país, tanto en el sistema público como en el privado —quien ha desarrollado tareas técnicas en el interior, lo sabe muy bien— hace imposible que técnicos iguales que desarrollan su actividad médica en instituciones públicas y, al mismo tiempo, en privadas, puedan tener una doble acción u operativa en su ejercicio profesional.

Esto es así, salvo que existieran dos variables. En primer lugar, que ASSE prohibiera que sus técnicos participaran en las instituciones privadas, es decir, que hubiera incompatibilidad o, en segundo lugar, que en la órbita privada FEMI prohibiera que sus técnicos participaran del sistema público.

lt.

Me adelanto a decir que supongo que eso no está en la mentalidad del Poder Ejecutivo. Aclaro que me estoy refiriendo a este proyecto ya que en el anterior sí existía, aunque no me parecería correcto. Reitero que de esta primera lectura no me surgen algunos elementos que planteaba el señor Presidente de FEMI.

SEÑOR BAYARDI.- Hubiera sido interesante discutir este tema con mayor profundidad porque en el diseño del proyecto están en juego elementos ideológicos acerca de cómo concebimos la salud.

De todos modos, deseo hacer una sola pregunta. En el entendido de que si no hay competencia habría que impedir que el afiliado por DISSE pudiera adherirse al sistema de ASSE y como creo que la variable de ajuste no es, precisamente, el afiliado a DISSE —por varias vías que, en este caso, están reguladas por el papel que juega el Ministerio fijando las cuotas— quisiera saber si ustedes entienden que peligraría el equilibrio económico financiero de FEMI si llegaran a disminuir en un 5% los afiliados no DISSE.

SEÑOR HOURCADE.- Evidentemente, un 5% va a influir, sobre todo en un sistema que al momento actual tiene un promedio de déficit de 4%. El problema es que no sólo está la variable de afiliado no DISSE sino que también está la del afiliado por DISSE y la de los afiliados por convenios estatales, que es de un 25%. El señor Representante García decía que no veía la posibilidad de la corrida pero nosotros entendemos que ésta se puede hacer a través de los convenios estatales.

En la medida en que hay un inciso que establece la posibilidad de que ASSE haga convenios con otros organismos estatales, ese 25% puede generar un "crack" tremendo. En ese sentido, podemos enumerar algunos convenios, como ser con Sanidad Policial, Asignaciones Familiares, AFE, UTE, ANTEL, ANCAP, OSE, etcétera. Tal vez no sea claro el tema de la competencia planteado individualmente, pero sí lo es en cuanto a los convenios colectivos. En ese caso, pensamos que debería buscarse alguna fórmula que acotara esta posibilidad establecida en este proyecto de ley.

SEÑOR GARCIA.- Para que se modificara eso que plantea el señor Presidente de FEMI, las autoridades de los organismos que acuerden con ella deberían evaluar la

lt.

calidad y el costo del servicio.

No comprendería —y si tuviera la posibilidad no lo aprobaría— que teniendo en cuenta una disminución en la calidad, aun con un costo menor, transfirieran sus afiliados.

En ese sentido, la capacidad de las instituciones estará en que oferten un buen servicio con un costo adecuado.

SEÑOR MIER.- El señor Representante decía que no creía que estuviera en la mentalidad del señor Ministro la separación de médicos o personal para ASSE y para la medicina colectiva. Sin embargo, debo decir que en este proyecto puede no estarlo, pero sí en la mentalidad del señor Ministro ya que figuraba a texto expreso en el anterior proyecto.

SEÑOR PRESIDENTE.- Teniendo en cuenta las palabras expresadas por las autoridades de la Federación Médica del Interior y de algunos Legisladores, quisiera hacer unos breves comentarios.

Honestamente, comparto algunos aspectos sustanciales del proyecto, sobre todo en lo que tiene que ver con la descentralización, que es una práctica que nosotros siempre hemos tratado de estimular. En ese sentido, hemos señalado la necesidad de que el Ministerio de Salud Pública retome su papel rector, fiscalizador y normatizador.

Creemos que mucho de lo que hoy se señala como patología del sistema se debe a la ausencia que ha tenido esa Cartera en relación a esta materia.

El doctor Bayardi hablaba de la filosofía; personalmente, creo que acá hay un tema que es filosófico y que hace mucho a lo que nosotros concebimos que es la función del Ministerio de Salud Pública.

Para esto, hay que remitirse a algunos elementos numéricos como, por ejemplo, que el interior de la República tiene un 50% de su población con necesidades básicas insatisfechas, lo que determina una menor afiliación mutual con respecto a Montevideo.

Sabemos que esa gente no accede a la cuota mutual y

lt.

no es porque privilegie a las instituciones de asistencia pública. El Ministerio de Salud Pública ha promocionado como una conquista la concesión a 100 jubilados del privilegio de dejar de asistirse en Salud Pública y pasar a instituciones mutuales, por lo que el propio Ministerio está evaluando la ineficiencia de su sector.

Cuando eso se da como un premio, se evalúa que su propia cobertura asistencial es deficitaria. A esa población, que el señor Ministro entendía que era de alrededor de 600.000 ciudadanos, se le va a implementar un sistema de prepago que significará un ingreso adicional al Ministerio de Salud Pública de U$S 100:000.000 anuales.

Este refuerzo presupuestal va a significar un nuevo ajuste fiscal para esa gente que no puede acceder a la cuota mutual.

No tenemos dudas de que se trata de un nuevo ajuste fiscal para aquellos sectores de la población que, por su escasez de recursos, se han escapado de ello en los primeros días de marzo.

Por lo tanto, más allá de que podemos coincidir con algunas inquietudes planteadas por la Federación Médica del Interior, sobre todo en lo que tiene que ver con la posibilidad de los convenios estatales con el área de ASSE, quiero señalar este aspecto social que nos preocupa mucho y que va a afectar al sector más desprotegido que es, nada menos, de 600.000 ciudadanos.

Entendemos la inquietud de la Federación Médica del Interior ya que ha cumplido un papel muy importante en lo que tiene que ver con el desarrollo de la asistencia médica en el interior del país. Sin embargo, no compartimos el hecho de que la competencia que pueda ejercer Salud Pública en los ámbitos de esta población, que es rehén de una situación económica, llegue a desequilibrar la estructura asistencial de FEMI.

De todas maneras, en relación con el área estatal, habrá que buscar fórmulas que permitan hacer una racionalización.

Siempre fui partidario de que el Estado, al ser el dueño de DISSE, usara ese capital de afiliación para equilibrar, regular y ajustar el buen funcionamiento de las instituciones mutuales. Al comienzo de la sesión,

lt.

hablábamos de que éstas son deficitarias porque han perdido una población joven que no accede a las mutualistas, debido a que han entrado en el círculo vicioso de la población envejecida sin la posibilidad de responder adecuadamente a sus exigencias asistenciales; teniendo esto en cuenta, la estructura estatal deberá regular esta situación "inyectando" una masa de gente joven a estas instituciones desfinanciadas para que puedan equilibrar sus presupuestos.

En ese sentido, comparto lo que propone FEMI en cuanto a que se busque un mecanismo que permita arbitrar y regular la situación, para no precipitarse en un desfinanciamiento.

Siempre le asignamos al sistema de salud de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva un papel muy importante en el país, pero no queremos resignar la posibilidad de equilibrar las estructuras de Salud Pública.

Entonces, ¿cómo se van a equilibrar las estructuras de Salud Pública con el mutualismo? Mediante el aporte a esa masa de población que ha quedado rehén de esta situación económica.

Antes de terminar, queremos agradecer su asistencia, pues nos ha permitido complementar una visión que para nosotros es importante, es decir, la de la Federación Médica del Interior, estructura que cubre prácticamente a la mitad de la población con su asistencia médica.

Por supuesto, quedamos a sus órdenes.

SEÑOR HOURCADE.- Nosotros somos los agradecidos, porque nos es fundamental trasmitir estos planteos a las Comisiones de Salud Pública de ambas Cámaras.

(Se retira de Sala la delegación de la FEMI)

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)

lt.